



**MÉMOIRE PORTANT SUR LE PROJET DE LOI N<sup>o</sup> 10 :**  
**LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU**  
**RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT**  
**PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES**

présenté à la  
Commission de la santé et des services sociaux  
le 6 novembre 2014

## **À propos de l'AERDPQ**

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec regroupe les 21 établissements du réseau de la santé et des services sociaux, répartis en 105 points de services sur l'ensemble du territoire québécois. Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) offrent des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique. Quelque 6 800 professionnels y travaillent en équipes multidisciplinaires afin d'aider les personnes handicapées à retrouver une autonomie et une qualité de vie optimale. Environ 77 000 personnes de tous âges, ayant une incapacité significative et persistante attribuable à une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle, y reçoivent des services annuellement.

### **Rédaction**

Sylvie Valade, conseillère aux affaires cliniques et professionnelles, AERDPQ

### **Révision et mise en page**

Lise Guilbeault, attachée de direction, AERDPQ

N.B. : dans ce document, l'abréviation CRDP réfère à tous les établissements ayant une mission spécialisée de réadaptation, octroyée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour les personnes ayant une déficience physique au Québec.

### **Distribution**

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec  
1001, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 430  
Montréal (Québec) H3A 3C8  
Téléphone : (514) 282-4205  
Site Web : <http://www.aerdpq.org>

Dépôt légal – novembre 2014  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN : 978-2-921625-920

© Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2014

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>LES CRDP EN BREF .....</b>	<b>5</b>
<b>1. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES CISSS .....</b>	<b>7</b>
1.1 UNE ORGANISATION ET UNE IMPUTABILITÉ PAR PROGRAMME-SERVICES : UNE GARANTIE DE SUCCÈS .....	7
1.2 LE MAINTIEN DES COMITÉS DES USAGERS PAR MISSION .....	11
<b>2. GOUVERNANCE .....</b>	<b>12</b>
2.1 LA REPRÉSENTATIVITÉ DES USAGERS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	12
2.2 LA RECONNAISSANCE DES DÉSIGNATIONS DES INSTITUTS UNIVERSITAIRES .....	14
2.3 LE PROFIL DE COMPÉTENCE DES ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS .....	15
2.4 LE PROFIL DE COMPÉTENCE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT- DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT .....	16
<b>3. RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES .....</b>	<b>18</b>
3.1 DU PERSONNEL DÉDIÉ ET DE QUALITÉ AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....	18
3.2 LE DÉFI DE LA GESTION DU PERSONNEL .....	19
3.3 LA PROTECTION DU BUDGET DU PROGRAMME-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE .	21
<b>4. EXPLOITATION DES DIFFÉRENTES MISSIONS PAR LES CISSS .....</b>	<b>22</b>
<b>5. SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES .....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>27</b>
<b>LISTE DES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>29</b>



## INTRODUCTION

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) regroupe une vingtaine d'établissements qui offrent des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation aux personnes ayant une déficience physique. L'AERDPQ vise essentiellement à favoriser l'accès aux services qui contribuent à maintenir ou à améliorer l'autonomie des personnes handicapées, soit celles ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle – d'origine congénitale ou acquise.

La mission de l'AERDPQ est principalement de :

- Favoriser le partage d'expertise et la synergie entre ses membres;
- Exercer une vigie sur des sujets pouvant avoir un impact sur la participation sociale des personnes ayant une déficience physique ou sur les services offerts par ses membres;
- Offrir à ses membres des services-conseils et de soutien.

Ainsi, l'Association appuie les CRDP dans la réalisation de leur propre mission qui consiste à rendre possible l'autonomie des personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle. Les CRDP interviennent sur le plan de l'adaptation, de la réadaptation et de l'intégration sociale des personnes qui y sont référées. Ce sont plus de 77 000 personnes qui annuellement peuvent ainsi développer leur potentiel pour vivre et vieillir dans leur communauté avec leurs proches, en étant actives et impliquées socialement.

Depuis de nombreuses années, les CRDP agissent pour et avec les personnes ayant une déficience physique. Ils ont développé une vaste expérience et se positionnent aujourd'hui comme des leaders de la réadaptation. La réforme du réseau de la santé et des services sociaux pourrait ainsi permettre aux CRDP de jouer leur rôle d'expert au profit de l'ensemble des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), assurant une qualité de service aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, que sont les personnes ayant une déficience physique, favorisant ainsi leur participation sociale et l'exercice de leurs rôles sociaux.

L'AERDPQ adhère aux objectifs de la réforme présentée dans le projet de loi 10. En effet, il apparaît louable de proposer une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux qui permettra « de favoriser et simplifier l'accès aux services, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître

l'efficacité et l'efficacité de ce réseau » (art. 1, p. 5)<sup>1</sup>. L'AERDPQ demeure toutefois préoccupée du maintien de la qualité et de l'expertise des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation essentiels pour répondre aux besoins des personnes présentant une d ficienc  physique; citoyens qui sont parmi les plus vulnérables de la société québécoise.

  l'exception de Montréal et dans la très grande majorité des régions sociosanitaires, la fusion des établissements publics et de l'agence de la santé et des services sociaux conduit à la création d'un seul « centre intégré de santé et de services sociaux » (art. 4, p. 6). Tout en militant en faveur d'une meilleure continuité de service, ces mégastructures deviennent des établissements qui, en englobant toutes les missions et tous les programmes-services, doivent se doter d'équipes solides et de règles de gouvernance rigoureuses garantissant à la population de leur territoire tous les services dont elle a besoin, incluant des services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne, des services de réadaptation spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne ou surspécialisés de 3<sup>e</sup> ligne.

Le mémoire de l'AERDPQ s'inscrit donc au cœur de ces préoccupations. Son objectif est de préserver, voire améliorer l'offre de service aux personnes ayant une d ficienc  auditive, du langage, motrice ou visuelle.

Dans la perspective de contribuer aux réflexions relatives à la réforme présentée dans le projet de loi 10, et afin de faire valoir les besoins spécifiques des personnes ayant une d ficienc  physique et préserver les services qu'elles requièrent, l'AERDPQ propose onze recommandations sur la structure organisationnelle des futurs CISSS, la gouvernance, les ressources, les missions exploitt es par les CISSS et la nécessaire concertation provinciale. Ces recommandations sont des conditions de succès de la transformation qu'exige le projet de loi 10 pour atteindre les objectifs à l'égard d'une amélioration, pour l'utilisateur, des services de santé et des services sociaux.

---

<sup>1</sup> Sauf indication contraire, toutes les références sont tirées de : MSSS (2014), *Projet de loi n  10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*.

## **LES CRDP EN BREF**

La mission des CRDP consiste à augmenter l'autonomie des personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle, à compenser leurs limitations et à réduire les obstacles à la participation sociale. Ainsi, grâce à ces services spécialisés et surspécialisés de réadaptation accessibles et de qualité, un enfant peut par exemple faire les apprentissages indispensables pour entrer à l'école et réaliser son parcours scolaire, un adulte peut retourner au travail, et une personne aînée peut maintenir sa vie active et demeurer à son domicile, en toute sécurité.

Une des particularités de la déficience physique c'est qu'elle peut survenir à n'importe quel moment de la vie. À la naissance bien sûr (trouble du développement du langage, paralysie cérébrale, etc.), mais aussi plus tard des suites d'un traumatisme (lésion de la moelle épinière à la suite d'un accident, une chute, etc.), d'une maladie (problème artériel causant un accident vasculaire cérébral ou une amputation, etc.) ou encore être liée au vieillissement (perte de vision ou d'audition). Les besoins des enfants, des adultes et des aînés varient énormément en regard du moment de l'occurrence de la déficience physique, des incapacités qui en découlent et de l'environnement dans lequel évoluent ces personnes.

Ces citoyens de tous âges qui vivent avec des incapacités significatives et persistantes depuis leur naissance ou à la suite d'un évènement ou d'une maladie sont référés en CRDP. Les équipes de professionnels des CRDP (près d'une trentaine de disciplines différentes) interviennent auprès de celles-ci, en augmentant leurs capacités, en réduisant ou en compensant leurs incapacités, au besoin par l'utilisation d'une aide technique, et en optimisant les facilitateurs de l'environnement ou en réduisant les obstacles. Ces équipes multidisciplinaires œuvrent en interdisciplinarité et en partenariat avec l'utilisateur afin de le soutenir dans la réalisation de ses habitudes de vie et l'exercice de ses rôles sociaux, lui permettant de participer pleinement à la société.

En quelques chiffres, voici un portrait provincial des CRDP :

- **77 000 personnes différentes** reçoivent annuellement des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation dans les CRDP québécois :
  - 17 % en déficience auditive
  - 11 % en déficience du langage
  - 52 % en déficience motrice
  - 17 % en déficience visuelle
  - 37 % sont âgés de 0 à 17 ans
  - 36 % sont âgés de 18 à 64 ans
  - 9 % sont âgés de 65 à 74 ans
  - 18 % ont plus de 75 ans
  
- **7 026 usagers sont en attente** d'un premier service au 31 mars 2014 :
  - 2 506 enfants âgés de 0 à 17 ans
  - 2 491 adultes âgés de 18 à 64 ans
  - 703 personnes âgées de 65 à 74 ans
  - 1 326 aînés de plus de 75 ans
  
- **21 établissements** de réadaptation en déficience physique au Québec :
  - Répartis dans les 16 régions sociosanitaires du Québec
  - Un institut universitaire
  - Plusieurs CRDP affiliés universitaires
  - Deux centres de recherche
  
- **6 800 employés** :
  - Dont plus de 75 % sont des intervenants cliniques œuvrant directement auprès des usagers
  - Ces intervenants cliniques<sup>2</sup> travaillent en interdisciplinarité et en partenariat avec l'utilisateur
  
- Un **budget total provincial d'environ 580 M\$** :
  - Une grande complexité de gestion : 30 % de ce budget provient de revenus d'agents payeurs autres que le MSSS (Société de l'assurance automobile du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Régie de l'assurance maladie du Québec) et peut subir annuellement de très grandes variations, à la hausse comme à la baisse.

---

<sup>2</sup> Audiologistes, conseillers en orientation, diététistes-nutritionnistes, éducateurs physique, ergothérapeutes, infirmières, infirmières auxiliaires, kinésiologues, mécaniciens en orthèses-prothèses, médecins généralistes, médecins spécialistes, neuropsychologues, optométristes, orthophonistes, pharmaciens, physiothérapeutes, préposés, psychoéducateurs, psychologues, psychotechniciens, récréologues, techniciens en éducation spécialisée, techniciens en loisir, techniciens en réadaptation physique, techniciens en orthèses-prothèses, spécialistes en activités cliniques, spécialistes en orientation et mobilité, spécialistes en réadaptation en déficience visuelle, travailleurs sociaux, etc.



## **1. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES CISSS**

### **1.1 UNE ORGANISATION ET UNE IMPUTABILITÉ PAR PROGRAMME-SERVICES : UNE GARANTIE DE SUCCÈS**

Le projet de loi 10 stipule que « le Ministre peut, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements. Il peut également, de la même manière, prescrire toute autre mesure qu'un établissement public doit respecter afin de permettre une meilleure organisation et une saine gestion des ressources de l'établissement, notamment quant aux programmes à mettre en place et à la prestation des services aux usagers » (art. 130, p. 27). Bien que le projet de loi ne spécifie pas le contenu des règles relatives à la direction des établissements, le Ministre prévoit dans l'actualisation de sa réforme, recommander aux établissements de telles règles.

Aussi, pour l'AERDPO il est primordial que la réforme annoncée s'articule autour de la mise en place d'une gestion par programme-services qui inclut toutes les lignes de services (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>). Ce n'est qu'à cette condition que les retombées positives sur les clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont celles présentant une déficience physique, seront tangibles.

En effet, une approche par programme-services devient une des grandes valeurs ajoutées de cette réforme puisqu'elle a l'avantage de recentrer les énergies autour d'un continuum de services plus complet et garantit une imputabilité partagée de tous les acteurs de ce programme-services. Une telle gestion contribue à la fluidité des interventions entre les différents acteurs et limite les bris de services entre la 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne. De plus, ce modèle offre la possibilité de miser et d'intégrer davantage les activités de prévention, d'intervention précoce à celles de réadaptation et d'intégration sociale.

Plus particulièrement pour le programme-services en déficience physique, une gestion par programme-services favorise le partage et le maillage d'expertise au profit de la clientèle présentant des incapacités reliées à une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle, et ce, quels que soient ses besoins et les étapes de son cheminement. Spécifiquement, cela permet aux intervenants des CRDP de soutenir plus aisément les collègues du CISSS dans leurs interventions auprès de la clientèle. Conséquemment, tous les services offerts à la clientèle ayant une déficience physique sont mieux adaptés à ses besoins.

À titre d'exemple, mentionnons les activités de dépistage de la déficience visuelle aujourd'hui réalisées dans certains CSSS grâce à la formation et au *coaching* offerts par les intervenants des CRDP. Ces activités de dépistage permettent d'identifier précocement les aînés présentant des incapacités reliées à une déficience visuelle,

de leur offrir rapidement les services spécialisés de réadaptation nécessaires leur évitant ainsi d'autres problématiques de santé, dont celles liées à une chute, et de favoriser leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Une telle collaboration sera facilitée au sein des CISSS si une gestion par programme-services est mise de l'avant.

Eu égard aux activités visant la performance, une telle organisation comporte aussi l'avantage de pouvoir établir des objectifs de résultats et des indicateurs de performance reliés, non seulement à un service spécifique, mais surtout à l'ensemble d'un continuum de services. À titre d'exemple, mentionnons les consortiums actuels en traumatologie. Ceux-ci contribuent à un cheminement plus fluide de l'utilisateur en assurant des durées moyennes plus courtes de séjour en centre hospitalier, en favorisant un retour à domicile plus précoce et une reprise plus rapide, pour l'utilisateur, de ses habitudes de vie. Dans une gestion par programme-services, l'évaluation de la performance des continuums de services, à l'instar de ce qui se fait actuellement en traumatologie, sera facilitée. De plus, une gestion par programme-services permet de miser plus facilement sur l'implantation de meilleures pratiques, d'outils cliniques communs et de réduire le nombre d'évaluations, ou la duplication de certaines interventions.

Par ailleurs, un modèle d'organisation par programme-services encourage la responsabilisation médicale à l'égard des clientèles les plus vulnérables, dont celles ayant une déficience physique. Le recrutement et la fidélisation des médecins à une pratique médicale de réadaptation en seront facilités. De plus, l'accès aux services d'aides techniques pourrait être amélioré par l'accroissement du nombre de médecins prescripteurs formés par les spécialistes des CRDP.

De par leur mission qui consiste à augmenter l'autonomie des personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle, les CRDP ont développé, depuis des décennies, leur savoir et expertise. Ils détiennent aujourd'hui la plus grande connaissance des besoins de la clientèle présentant une déficience physique et ont développé une vision de l'offre de service répondant le mieux à ces besoins, et ce, au sein de tout le continuum de services (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ligne). On leur reconnaît le rôle d'expert de la déficience physique et de la réadaptation. Aussi, le savoir-faire des CRDP en matière d'interdisciplinarité est depuis longtemps démontré. Leur structure par programme regroupant l'ensemble des services requis pour une clientèle donnée, de même que la constitution de leurs équipes regroupant différentes disciplines œuvrant pour et avec l'utilisateur, sont une des grandes forces des CRDP. Il est donc souhaitable que la réforme, présentée dans le projet de loi 10, favorise davantage le partage de l'expertise des CRDP au profit de l'ensemble des CISSS.

La transition dans le réseau de la santé et des services sociaux d'une gestion par mission vers une gestion par programme-services comporte des défis cliniques et de gouverne importants. En effet, aujourd'hui les établissements qui offrent des services à la clientèle présentant une déficience physique sont organisés par mission. Ainsi, les services de 1<sup>re</sup> ligne en déficience physique sont aujourd'hui confiés au CSSS, alors que les services spécialisés et surspécialisés de réadaptation (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne) sont confiés aux CRDP. Au sein des CISSS de demain, la mise en place d'une gestion par programme-services suppose l'intégration de tous ces services au sein d'une même direction. Or, pour que cette organisation ait une concrète plus-value pour les personnes présentant une déficience physique et qu'elle permette l'émergence d'un réel continuum de services basé sur leurs besoins, il faut qu'elle s'organise autour du pôle d'expertise, qui aujourd'hui est détenue par les CRDP.



- Considérant la possibilité du Ministre de prescrire, par règlement, des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements régionaux et suprarégionaux;
- Considérant les objectifs de la réforme;
- Considérant l'importance de garantir aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont les personnes ayant une déficience physique, des services de qualité qui auront un impact sur leur participation sociale et contribution à la société;
- Considérant la reconnaissance de l'expertise et du rôle de leader de la déficience physique et de la réadaptation consentie aux CRDP par et parmi les autres établissements du réseau;

**L'AERDPO recommande :**

- 1. Que des règles relatives à une structure organisationnelle de la direction des CISSS par programme-services puissent être prescrites par le Ministre, notamment un programme-service en déficience physique, afin de favoriser la continuité, la fluidité et l'intégration de l'ensemble des services requis (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ligne) par les personnes présentant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle;**
- 2. Que la direction des programmes-services en déficience physique des différents CISSS soit placée sous la responsabilité d'une personne ayant le statut de hors-cadre, membre de plein droit du comité de direction, et dont le profil de compétence et d'expérience le qualifie pour occuper une telle fonction.**

Ces deux premières recommandations du mémoire de l'AERDPO représentent l'axe central autour duquel les autres recommandations s'articulent qu'elles concernent la structure organisationnelle des CISSS, la gouvernance, les ressources, la desserte régionale ou la concertation provinciale.

## **1.2 LE MAINTIEN DES COMITÉS DES USAGERS PAR MISSION**

La création des CISSS issue d'une fusion de tous les établissements d'une région, toutes missions confondues, devra s'assurer d'une adéquation de ses services à l'ensemble des usagers. Pour ce faire, l'adoption d'une philosophie et de modèles innovants de soins et services liant davantage l'utilisateur et les intervenants apparaît primordiale. Les mégastructures que seront les CISSS auront besoin de maintenir le cap sur des approches d'intervention de type patient-partenaire qui assureront une place prépondérante à l'utilisateur, et ce, autant dans la reconnaissance de ses besoins, la mise en place des services requis pour y répondre que dans les mesures choisies pour favoriser son engagement et intégration à différents niveaux.

Pour soutenir ces approches, les comités des usagers jouent un rôle essentiel. Il apparaît donc important de les maintenir selon les différentes missions que le nouvel établissement exploitera.

Considérant l'importance pour les CISSS de maintenir des approches d'intervention patient-partenaire;

Considérant la nécessité pour les CISSS de couvrir les besoins de l'ensemble de leurs clientèles desservies;

**L'AERDPO recommande :**

- 3. Que soient maintenus, au sein des établissements régionaux et suprarégionaux, les comités des usagers par mission afin de soutenir l'actualisation d'une approche patient-partenaire.**

## **2. GOUVERNANCE**

Différents articles du projet de loi 10 définissent la composition des conseils d'administration des établissements régionaux et suprarégionaux. Les qualifications des personnes qui composeront le conseil d'administration des CISSS y sont déterminées.

### **2.1 LA REPRÉSENTATIVITÉ DES USAGERS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

À l'alinéa 6 de l'article 8, on stipule que sera membre du conseil d'administration « une personne membre du comité des usagers de l'établissement à partir d'une liste de noms fournie par ce comité » (art. 8, p. 7). La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit, quant à elle, la désignation de deux personnes par et parmi les membres du ou des comités des usagers de l'établissement (LSSS, mise à jour d'octobre 2014), art. 129. 3<sup>e</sup> alinéa).

On se réjouit de la place que le Ministre accorde aux usagers dans la réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Dans un contexte sociétal propice à un important changement de paradigme dans le rapport entre les usagers et leurs milieux cliniques (augmentation considérable des maladies chroniques, non-observance très élevée des traitements, accès du grand public aux connaissances médicales, croissance des enjeux liés à la sécurité des usagers, nécessité d'une plus grande autonomie des usagers, etc.), il apparaît essentiel d'adopter une philosophie et des modèles innovants de soins et services qui lient l'utilisateur et les intervenants dans le cadre du processus de soins et services. Les nombreuses recherches et travaux menés à travers le réseau sur la plus-value de l'approche patient-partenaire vont dans le sens d'une reconnaissance de l'expertise de l'utilisateur comme utilisateur de services et comme personne-ressource en soutien aux interventions dispensées à d'autres usagers. En ce sens, une représentativité accrue des usagers au sein du conseil d'administration est assurément un atout pour maintenir vivante la préoccupation du Ministre à l'égard des usagers et favoriser l'engagement et l'intégration de ces derniers à tous les échelons : leadership, conception, décision, production de soins et services, formation, accompagnement, communication, etc.

Considérant la place prépondérante de l'utilisateur dans la réforme proposée par le Ministre;

Considérant la plus-value d'une philosophie de soins et services axée sur une approche patient-partenaire au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;

**L'AERDPO recommande :**

- 4. Que soit augmentée la représentativité des usagers au conseil d'administration des établissements régionaux ou suprarégionaux, et ce, à partir d'une liste fournie par les comités des usagers du dit établissement.**

## **2.2 LA RECONNAISSANCE DES DÉSIGNATIONS DES INSTITUTS UNIVERSITAIRES**

Les établissements de réadaptation, notamment les centres de réadaptation en déficience physique, exploitent eux aussi des centres désignés institut universitaire ou centre affilié universitaire. Dans l'article 8, au 7<sup>e</sup> alinéa, on prévoit que soit désignée au conseil d'administration des CISSS, « lorsque l'établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, une personne nommée à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l'établissement » (art. 8, p. 8).

En cohérence avec l'article 158 « lorsqu'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire conformément aux articles 88 à 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est fusionné avec un autre établissement, cette désignation demeure valide [...] » (art. 158, p. 32), il est important de permettre aux établissements qui fusionneront avec des instituts universitaires dans le domaine de la réadaptation ou de la protection de la jeunesse de compléter leur conseil d'administration avec un membre issu des universités auxquelles ils sont affiliés.

Considérant la reconnaissance des désignations des instituts universitaires dans le domaine de la réadaptation ou de la protection de la jeunesse pour les établissements fusionnés qui intègrent de tels établissements;

Considérant la désignation d'un représentant des universités au conseil d'administration pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier universitaire;

### **L'AERDPO recommande :**

**5. Que soit ajoutée à l'article 8, alinéa 7, la notion « d'institut universitaire dans le domaine de la réadaptation et de la protection de la jeunesse » au même titre que celui de centre hospitalier universitaire.**



### **2.3 LE PROFIL DE COMPÉTENCE DES ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS**

L'article 11 détermine, quant à lui, les profils de compétence que le Ministre doit établir avant de procéder à la nomination des membres indépendants du conseil d'administration. À l'alinéa 7 de cet article, on fait mention d'une compétence sur le plan des services sociaux. Ce qui est très pertinent. Par contre, le champ des services sociaux est vaste et complexe et il englobe de nombreuses activités, et ce, tant dans le domaine de la santé mentale, du soutien à domicile, de l'hébergement des personnes âgées que de la réadaptation.

Comme mentionné précédemment, l'AERDPO est préoccupé du maintien de l'expertise et de la qualité des services offerts aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume que sont les personnes ayant une déficience physique. En ce sens, l'ajout d'un collège électoral pour les administrateurs indépendants dont le profil de compétence est dédié à la réadaptation permettrait de bien représenter les besoins de ces personnes et ainsi soutenir la prise de décision qui leur garantit les meilleurs services aux meilleurs moments.

Considérant l'importance de bien représenter les besoins des clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume que sont les personnes ayant une déficience physique, et afin de s'assurer que les décisions prises par le conseil d'administration tiennent compte des particularités de ces personnes;

**L'AERDPO recommande :**

- 6. Que soit ajouté au sein du conseil d'administration un administrateur indépendant représentant un collège électoral dont le profil de compétence serait en réadaptation.**

## **2.4 LE PROFIL DE COMPÉTENCE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT**

Le projet de loi 10 prévoit la nomination de présidents-directeurs généraux et de présidents-directeurs généraux adjoints responsables ensemble et en complémentarité de la gestion des établissements régionaux et suprarégionaux constitués par le projet de loi 10 (art. 28 et 29, page 12). Ces nouveaux dirigeants auront à faire face à des défis de gestion importants quant aux orientations cliniques et budgétaires à prendre. En effet, l'obligation très stricte de chaque CISSS d'atteindre l'équilibre budgétaire, les énergies requises pour répondre aux besoins grandissants de soutien à l'autonomie des personnes âgées, et celles pour contribuer aux services du programme de santé physique, notamment le désengorgement des urgences, obligeront la haute direction de ces établissements à faire preuve de vigilance et de détermination pour garantir le développement des soins de santé ainsi que des services de réadaptation et de protection de la jeunesse.

Il faut également mentionner la difficulté actuelle des CSSS qui, aux prises avec des contraintes similaires (pression du vieillissement de la population sur l'organisation des services, besoins multiples générés par le désengorgement des urgences, accessibilité à des services diagnostiques au moment opportun, etc.), sont obligés de faire des choix. Les clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont celles présentant une déficience physique, sont alors rarement mises en priorité.

L'Association accueille donc positivement le discours du Ministre qui soutient l'importance équivalente que devront accorder le président-directeur général et le président-directeur général adjoint des CISSS aux soins de santé et aux services de réadaptation et de protection de la jeunesse. Conséquemment, dans la foulée du choix gouvernemental de partager l'organisation actuelle du ministère de la Santé et des Services sociaux entre un ministre de la Santé et des Services sociaux et une ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, une répartition des champs de compétence et d'expérience entre le président-directeur général et le président-directeur général adjoint des CISSS devrait être exigée.

- Considérant le poids équivalent que le Ministre accorde aux soins de santé et aux services de réadaptation et de protection de la jeunesse;
- Considérant la vigilance et la détermination que les hauts dirigeants des établissements régionaux et suprarégionaux devront assurer pour le maintien de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé et des services de réadaptation et de protection de la jeunesse;
- Considérant la taille qu'auront les établissements régionaux et la difficulté qu'ils auront à maintenir centrale la préoccupation du développement des services de qualité aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume;
- Considérant que le passé est parfois garant de l'avenir et que les CSSS actuels ont eu et ont encore du mal, à l'intérieur des structures actuelles, à conserver leur budget pour offrir des services de qualité aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont celles présentant une déficience physique;

**L'AERDPO recommande :**

- 7. Que la nomination du président-directeur général et du président-directeur général adjoint assure une complémentarité des compétences et expériences entre ces hauts dirigeants en matière de soins de santé et de services de réadaptation et de protection de la jeunesse.**

### **3. RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIERES**

#### **3.1 DU PERSONNEL DÉDIÉ ET DE QUALITÉ AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Une des très grandes forces du réseau de la santé et des services sociaux, et notamment des centres de réadaptation en déficience physique, est assurément le personnel dédié et fortement compétent qui le compose. La réforme du réseau, bien qu'elle ne vise pas le personnel clinique, aura possiblement des répercussions sur le climat organisationnel et le maintien de l'expertise au sein des nouveaux CISSS. En effet, les grands changements occasionnés par les fusions et la réorganisation des établissements représenteront d'importants défis pour le réseau afin de garder les équipes mobilisées et stables.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux deviendront, pour la plupart, des organisations de plus de 10 000 employés. Dans ces mégastructures, comment sera gardé vivant le sentiment d'appartenance? Comment seront maintenus l'engagement et la fidélisation des employés de tous les secteurs? Comment chacun trouvera du sens à son implication et à sa contribution au sein de ces organisations? Les défis en gestion des ressources humaines ne sont donc pas à négliger et le réseau devra compter sur toutes ses forces vives, médecins, cliniciens, employés de bureau, personnel de soutien, gestionnaires, etc., et l'usager lui-même pour réaliser les grands changements que nous impose cette réforme.

Toujours dans la foulée du développement et du maintien de l'expertise et de la qualité des services de réadaptation, l'AERDPO demeure convaincue de la nécessité qu'auront les programmes-services en déficience physique des différents CISSS de se comparer, de se concerter et de s'entraider. En effet, au sein des établissements régionaux et suprarégionaux, le domaine de la réadaptation en déficience physique restera un pôle unique d'expertise. Conséquemment, le partage et le maillage d'expertise, l'harmonisation des meilleures pratiques, de même que l'évaluation de la performance devront se faire par comparaison avec les autres pôles d'expertise en réadaptation des CISSS des autres régions.

### **3.2 LE DÉFI DE LA GESTION DU PERSONNEL**

La fusion de plusieurs établissements en un seul amènera une plus grande complexité de gestion des ressources humaines. En moyenne, les CISSS tel que prévu dans le projet de loi regrouperont sous une même entité quelque dix mille employés. La très grande majorité d'entre eux sont représentés par une association accréditée.

Les unités de négociations sont au nombre de quatre dans les établissements en vertu de la *Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* (chapitre U-0.1). Ainsi, actuellement un établissement transige avec un maximum de quatre syndicats, quatre ententes négociées au niveau local et applique au maximum quatre conventions collectives nationales différentes selon la représentativité syndicale dans son établissement.

Le projet de loi prévoit une disposition (l'article 146) qui régira la restructuration des unités de négociation.

Cet article indique que « *Pour l'application des articles 12 à 28 de la Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1), la date de la fusion d'établissements faite en application de la présente loi est réputée être la date qui suit de 30 jours celle de la signature des ententes portant sur les stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale ayant globalement pour effet qu'au moins 90 % de l'ensemble des salariés du réseau de la santé et des services sociaux sont visés par ces stipulations.*

*Jusqu'à la décision de la Commission des relations du travail rendue en application du premier alinéa de l'article 25 de cette loi, les parties n'ayant pas conclu de telles ententes, le cas échéant, doivent poursuivre la négociation. »*

Cependant, tel que libellé, l'article 146 amène des délais indus à cette restructuration laissant ainsi un contexte qui sera assurément chaotique en multipliant les nécessaires discussions entre l'employeur et les syndicats locaux, puisque ceux-ci seront en nombre élevé. On peut aisément anticiper que durant tout ce temps, les diverses organisations syndicales œuvreront activement pour se positionner avantageusement afin de gagner l'appui du plus grand nombre de salariés. Cette période de *maraudage* viendra assurément complexifier tant les relations de travail que la gestion du changement organisationnel.

Ajoutons à ces défis de gestion, celui d'avoir à appliquer des conventions collectives différentes pour une même catégorie de personnel et celui d'avoir à composer avec des obstacles à la mobilité de la main-d'œuvre par le maintien des multiples unités de négociation syndicale pour un même titre d'emploi. En effet, comme stipulé,

l'article 146 maintient l'infrastructure syndicale actuelle de chaque établissement qui sera intégré au CISSS pour une période de temps qui nous semble définitivement trop longue. Durant cette période, des salariés d'un point de service seront donc régis par une convention collective distincte de celle applicable aux salariés de la même catégorie dans un autre point de service.

Considérant la visée du PL 10 qui porte notamment sur l'amélioration des continuums de services et qu'à cet égard la mobilité de la main-d'œuvre est un levier important;

Considérant la multitude d'interlocuteurs syndicaux, ce qui ne constitue pas une condition facilitante pour entreprendre une transformation organisationnelle;

Considérant la nécessité d'appliquer une seule et même convention collective pour une même catégorie de personnel; ce qui constitue une condition gagnante à une organisation du travail optimale et à un climat organisationnel favorable;

**L'AERDPO recommande :**

- 8. Que l'article 146 du projet de loi 10 soit modifié de manière à ce que, dès la fusion des établissements créant les CISSS, les articles 12 à 28 de la *Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* (chapitre U-0.1) prennent effet.**

### **3.3 LA PROTECTION DU BUDGET DU PROGRAMME-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE**

Au plan budgétaire, le projet de loi 10 prévoit que « le conseil d'administration réparti, dans le respect des enveloppes allouées par programme-service, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition [...] » (art. 25, p. 11). Par ailleurs, l'article 55 stipule que « les règles budgétaires établies par un établissement régional ou suprarégional en application du premier alinéa de l'article 283 de cette loi ne peuvent permettre la permutation de sommes dédiées à un programme-service, sauf sur autorisation du ministre » (art. 55, p. 17).

L'AERDPO ne peut que saluer l'esprit du projet loi 10 et abonder dans le sens d'une protection des sommes aujourd'hui consenties aux services de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne en déficience physique. Toutefois, compte tenu du contexte budgétaire actuel et de l'obligation très stricte pour chaque CISSS d'atteindre l'équilibre, compte tenu du poids important du programme de santé physique et de la pression constante des urgences sur les ressources des hôpitaux, compte tenu de la pression phénoménale qu'exercera la croissance démographique des personnes âgées sur le réseau, il faut que la pérennité du budget du programme-service en déficience physique soit assurée.

Considérant la nécessité de protéger les clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume;

Considérant l'importance d'assurer les services requis aux personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle pour être des citoyens autonomes et contributifs à la société;

**L'AERDPO appuie la volonté du Ministre de protéger l'enveloppe budgétaire des différents programmes-services (art. 55, p. 17) et recommande :**

**9. Que la protection des enveloppes budgétaires par programme-services soit accompagnée d'une reddition de compte sur les dépenses réelles à la hauteur des budgets actuellement consentis aux différents programmes-services, dont celui de la déficience physique.**

#### **4. EXPLOITATION DES DIFFÉRENTES MISSIONS PAR LES CISSS**

L'article 4 du projet de loi 10 prévoit pour chacune des régions sociosanitaires mentionnées à l'Annexe I dudit projet de loi, un établissement régional issu de la fusion des établissements publics de la région et de l'agence de la santé et des services sociaux. Or, les informations indiquées dans l'Annexe I du projet de loi 10 correspondent aux permis des établissements et non aux prémices de la LSSSS, notamment en ce qui concerne les centres de réadaptation en déficience physique. Ce qui malheureusement n'est pas en cohérence avec la situation actuelle de desserte.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux détermine qu'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique « appartient à l'un ou plusieurs des types suivants, selon la clientèle qu'il dessert : centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience auditive, centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle, centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice, centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience du langage » (LSSSS, mise à jour d'octobre 2014, art. 87).

Dans une optique d'équité interrégionale et dans le respect de la LSSSS, l'AERDPO souligne donc l'importance que les citoyens de tous âges dans toutes les régions du Québec aient accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle. Il est donc impératif de s'assurer que la LSSSS prévaudra dans l'organisation des services de réadaptation aux personnes ayant une déficience physique de chaque région.

Certaines régions du Québec présentent des particularités au regard de l'organisation des services de réadaptation en déficience physique. Ainsi, considérant la répartition actuelle des missions et mandats des CRDP, des travaux sont en cours dans les régions de Montréal, Montérégie, Laurentides et Lanaudière, visant à proposer une organisation optimale des services de réadaptation aux citoyens de ces régions dans le respect de la mission des CRDP.



Considérant le respect de la LSSSS et l'importance pour chaque citoyen de pouvoir bénéficier, dans sa région, de services spécialisés de réadaptation en déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle;

Considérant l'importance que la population de toutes les régions du Québec puisse recevoir, lorsqu'elle le requiert, des services surspécialisés de réadaptation en déficience auditive, motrice ou visuelle;

Considérant les travaux en cours dans certaines régions du Québec;

**L'AERDPO recommande :**

**10. Que soient prises en considération les propositions effectuées par les CRDP pour tendre à une organisation optimale des services de réadaptation en déficience physique dans toutes les régions du Québec.**

## **5. SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES**

Au cours des dernières décennies, les associations d'établissements ont contribué de façon significative au développement des pratiques cliniques au regard de chacune des missions concernées.

La disparition de ces associations figure parmi les conséquences potentielles de l'entrée en vigueur du projet de loi 10. La transformation annoncée dans le réseau est d'une ampleur inégalée. Il apparaît crucial, dans un tel contexte, de maintenir les acquis en matière de soutien aux différentes offres de service et de développement des expertises des services spécialisés destinés aux clientèles les plus vulnérables.

Il importe de poursuivre le développement des meilleures pratiques dans une perspective de gestion par programme-services, notamment en déficience physique. Il faut également s'assurer d'une standardisation des pratiques et des offres de service d'un CISSS à l'autre, et ce, afin de maintenir des offres de qualité, équitables et sécuritaires dans toutes les régions du Québec.

L'AERDPO, à l'instar des autres associations, joue un rôle prépondérant pour les services aux personnes particulièrement vulnérables, dont celles ayant une déficience physique, en matière de :

- soutien à l'implantation des meilleures pratiques;
- standardisation et harmonisation des offres de service;
- soutien à la performance et à l'optimisation des services;
- réseautage et partage d'expertise;
- maintien et développement des compétences.

Considérant le besoin qu'auront les CISSS et le réseau à maintenir et développer une qualité de services, et pour ce faire à partager leur expertise sur la base des meilleures pratiques ;

Considérant la transition nécessaire d'une gestion par mission à une gestion par programme-services, notamment dans le secteur de la réadaptation et de la protection de la jeunesse ;

**L'AERDPO recommande :**

**11. Que des modalités de transition en soutien à l'implantation des CISSS soient prévues pour assurer, en accord avec les meilleures pratiques, une concertation provinciale visant une standardisation des pratiques par :**

- **une intégration optimale du continuum 1<sup>re</sup> – 2<sup>e</sup> - 3<sup>e</sup> ligne des différents programmes-services, dont celui en déficience physique ;**
- **une contribution à la performance du réseau en favorisant le *benchmarking* entre les différents programmes en déficience physique dans les CISSS.**



## CONCLUSION

Tout en adhérant aux objectifs de la réforme, l'AERDPO veut s'assurer que soient offerts aux personnes ayant une déficience physique tous les services, incluant ceux spécialisés et surspécialisés, leur permettant de réaliser leurs habitudes de vie, exercer leurs rôles sociaux et être des citoyens contributifs à la société. C'est sur la base de ces considérations que le présent mémoire est élaboré.

Les particularités des personnes présentant une déficience physique, tant par rapport à leurs besoins et attentes qu'à l'intensité et à la qualité des services requis pour leur assurer le soutien dont elles ont besoin, sont au cœur des préoccupations de l'AERDPO. C'est pourquoi l'Association croit fermement que les futurs établissements régionaux et suprarégionaux doivent mettre en place une gestion par programme-services regroupant tous les services spécifiques, spécialisés et surspécialisés de réadaptation (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ligne) destinés à une clientèle précise. Ainsi créée, une direction du programme-services en déficience physique organisée autour du pôle d'expertise, aujourd'hui détenue par les CRDP, permettra un maintien du savoir et du savoir-faire en réadaptation, une qualité de services à toutes les étapes du continuum et une grande fluidité dans le cheminement des clientèles qui présentent une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle.

Les deux premières recommandations du mémoire de l'AERDPO s'inscrivent en cohérence avec ces préoccupations. Elles représentent l'axe central autour duquel les autres recommandations s'articulent et elles constituent les conditions *sine qua non* qui permettront de préserver l'offre de service aux personnes ayant une déficience physique.

Le projet de loi 10 présente une réforme d'une très grande envergure et des changements majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'AERDPO souhaite qu'au-delà des modifications de structures, l'actualisation de ce projet de loi ait des retombées positives et tangibles pour la population québécoise, notamment pour les clientèles particulièrement vulnérables que sont les personnes présentant une déficience physique.

***On évalue la qualité d'une société  
à la façon dont elle s'occupe de ses  
personnes vulnérables***

Albert Jacquard



## LISTE DES RECOMMANDATIONS

### STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES CISSS – PROGRAMMES-SERVICES (ARTICLE 130) :

- Considérant la possibilité du Ministre de prescrire, par règlement, des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements régionaux et suprarégionaux;
- Considérant les objectifs de la réforme;
- Considérant l'importance de garantir aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont les personnes ayant une déficience physique, des services de qualité qui auront un impact sur leur participation sociale et contribution à la société;
- Considérant la reconnaissance de l'expertise et du rôle de leader de la déficience physique et de la réadaptation consentie aux CRDP par et parmi les autres établissements du réseau;

### **L'AERDPO recommande :**

- 1. Que des règles relatives à une structure organisationnelle de la direction des CISSS par programme-services puissent être prescrites par le Ministre, notamment un programme-service en déficience physique, afin de favoriser la continuité, la fluidité et l'intégration de l'ensemble des services requis (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ligne) par les personnes présentant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle;**
- 2. Que la direction des programmes-services en déficience physique des différents CISSS soit placée sous la responsabilité d'une personne ayant le statut de hors-cadre, membre de plein droit du comité de direction, et dont le profil de compétence et d'expérience le qualifie pour occuper une telle fonction.**

**STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES CISSS – COMITÉ DES USAGERS :**

Considérant l'importance pour les CISSS de maintenir des approches d'intervention patient-partenaire;

Considérant la nécessité pour les CISSS de couvrir les besoins de l'ensemble de leurs clientèles desservies;

**L'AERDPO recommande :**

- 3. Que soient maintenus, au sein des établissements régionaux et suprarégionaux, les comités des usagers par mission afin de soutenir l'actualisation d'une approche patient-partenaire.**

**GOVERNANCE - REPRÉSENTATIVITÉ DES USAGERS (ARTICLE 8) :**

Considérant la place prépondérante de l'utilisateur dans la réforme proposée par le Ministre;

Considérant la plus-value d'une philosophie de soins et services axée sur une approche patient-partenaire au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;

**L'AERDPO recommande :**

- 4. Que soit augmentée la représentativité des usagers au conseil d'administration des établissements régionaux ou suprarégionaux, et ce, à partir d'une liste fournie par les comités des usagers du dit établissement.**



**GOUVERNANCE - NOTION D'INSTITUT UNIVERSITAIRE (ARTICLE 8) :**

Considérant la reconnaissance des désignations des instituts universitaires dans le domaine de la réadaptation ou de la protection de la jeunesse pour les établissements fusionnés qui intègrent de tels établissements;

Considérant la désignation d'un représentant des universités au conseil d'administration pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier universitaire;

**L'AERDPO recommande :**

- 5. Que soit ajoutée à l'article 8, alinéa 7, la notion « d'institut universitaire dans le domaine de la réadaptation et de la protection de la jeunesse » au même titre que celui de centre hospitalier universitaire.**

**GOUVERNANCE – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS (ARTICLE 11) :**

Considérant l'importance de bien représenter les besoins des clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume que sont les personnes ayant une déficience physique, et afin de s'assurer que les décisions prises par le conseil d'administration tiennent compte des particularités de ces personnes;

**L'AERDPO recommande :**

- 6. Que soit ajouté au sein du conseil d'administration un administrateur indépendant représentant un collège électoral dont le profil de compétence serait en réadaptation.**

**GOUVERNANCE – HAUTE DIRECTION (ARTICLES 28 ET 29) :**

- Considérant le poids équivalent que le Ministre accorde aux soins de santé et aux services de réadaptation et de protection de la jeunesse;
- Considérant la vigilance et la détermination que les hauts dirigeants des établissements régionaux et suprarégionaux devront assurer pour le maintien de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé et des services de réadaptation et de protection de la jeunesse;
- Considérant la taille qu'auront les établissements régionaux et la difficulté qu'ils auront à maintenir centrale la préoccupation du développement des services de qualité aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume;
- Considérant que le passé est parfois garant de l'avenir et que les CSSS actuels ont eu et ont encore du mal, à l'intérieur des structures actuelles, à conserver leur budget pour offrir des services de qualité aux clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume, dont celles présentant une déficience physique;

**L'AERDPO recommande :**

- 7. Que la nomination du président-directeur général et du président-directeur général adjoint assure une complémentarité des compétences et expériences entre ces hauts dirigeants en matière de soins de santé et de services de réadaptation et de protection de la jeunesse.**

**RESSOURCES HUMAINES : GESTION DU PERSONNEL**

- Considérant la visée du PL 10 qui porte notamment sur l'amélioration des continuums de services et qu'à cet égard la mobilité de la main-d'œuvre est un levier important;
- Considérant la multitude d'interlocuteurs syndicaux, ce qui ne constitue pas une condition facilitante pour entreprendre une transformation organisationnelle;
- Considérant la nécessité d'appliquer une seule et même convention collective pour une même catégorie de personnel; ce qui constitue une condition gagnante à une organisation du travail optimale et à un climat organisationnel favorable;

**L'AERDPO recommande :**

- 8. Que l'article 146 du projet de loi 10 soit modifié de manière à ce que, dès la fusion des établissements créant les CISSS, les articles 12 à 28 de la *Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* (chapitre U-0.1) prennent effet.**

**RESSOURCES FINANCIÈRES – PROTECTION ET REDDITION DE COMPTE (ARTICLE 55) :**

- Considérant la nécessité de protéger les clientèles particulièrement vulnérables et à petit volume;
- Considérant l'importance d'assurer les services requis aux personnes ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle pour être des citoyens autonomes et contributifs à la société;

**L'AERDPO appuie la volonté du Ministre de protéger l'enveloppe budgétaire des différents programmes-services (art. 55, p. 17) et recommande :**

- 9. Que la protection des enveloppes budgétaires par programme-services soit accompagnée d'une reddition de compte sur les dépenses réelles à la hauteur des budgets actuellement consentis aux différents programmes-services, dont celui de la déficience physique.**

**EXPLOITATION DES DIFFÉRENTES MISSIONS PAR LES CISSS – DESSERTE RÉGIONALE (ARTICLE 4  
ET ANNEXE I) :**

Considérant le respect de la LSSSS et l'importance pour chaque citoyen de pouvoir bénéficier, dans sa région, de services spécialisés de réadaptation en déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle;

Considérant l'importance que la population de toutes les régions du Québec puisse recevoir, lorsqu'elle le requiert, des services surspécialisés de réadaptation en déficience auditive, motrice ou visuelle;

Considérant les travaux en cours dans certaines régions du Québec;

**L'AERDPO recommande :**

**10. Que soient prises en considération les propositions effectuées par les CRDP pour tendre à une organisation optimale des services de réadaptation en déficience physique dans toutes les régions du Québec.**

**CONCERTATION PROVINCIALE – MODALITÉS DE TRANSITION EN SOUTIEN À L'IMPLANTATION  
DES CISSS :**

Considérant le besoin qu'auront les CISSS et le réseau à maintenir et développer une qualité de services, et pour ce faire à partager leur expertise sur la base des meilleures pratiques ;

Considérant la transition nécessaire d'une gestion par mission à une gestion par programme-services, notamment dans le secteur de la réadaptation et de la protection de la jeunesse ;

**L'AERDPO recommande :**

**11. Que des modalités de transition en soutien à l'implantation des CISSS soient prévues pour assurer, en accord avec les meilleures pratiques, une concertation provinciale visant une standardisation des pratiques par :**

- **une intégration optimale du continuum 1<sup>re</sup> – 2<sup>e</sup> - 3<sup>e</sup> ligne des différents programmes-services, dont celui en déficience physique ;**
- **une contribution à la performance du réseau en favorisant le *benchmarking* entre les différents programmes en déficience physique dans les CISSS.**